Aus dem Pathologischen Institut zu Leipzig.

Ueber Enterokystome.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Ettina Leuss
prakt. Aerztin.

LEIPZIG.
Druck von Emil Lehmann
1910.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 19. März 1910.

Referent: Herr Geh. Med. Rat Prof. Dr. Marchand.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546827_0074

Die zuerst von Roth beschriebenen, als Enterokystome bezeichneten Bildungen sind kongenitale Cysten am Darm, die in ihren Wandungen mehr oder weniger die Struktur des Darmkanals erkennen lassen.

Während Roth[1]) diese Bezeichnung auch auf die sekundär entstanden gedachten cystischen und Foetus in Foetu-Mißbildungen im Bereiche des Darms ausdehnte, reservierte später Rimbach[2]) die Anwendung derselben für die Gruppe von Enterokystomen, die Roth in ihrer Genese auf eine ursprünglich regelwidrige Anlage des Darmes und abnorme Anhänge desselben, auf das auf Störungen in der Involution des Dotterstranges zurückzuführende Meckelsche Divertikel bezog.

Ein für die Genese aus einem Meckelschen Divertikel ungewöhnlicher intramesenterialer Sitz solcher Cysten wurde schon von Roth mit einer ungewöhnlichen Verschiedenheit in der Wachstumsenergie am Divertikel- resp. Dotterstrang und am Darmkanal, wodurch das Divertikel auf die concave Seite des Darmkanals gerückt würde, zu erklären versucht.

---

[1]) Roth: Ueber Mißbildungen im Bereiche des Ductus omphalomesentericus. Virch. Arch., 1881. Bd. 86.

[2]) Rimbach: Zur Casuistik der Enterokystome. Inaug.-Dissert. Gießen 1897.

Es müsse hier, so bemerkt Roth, der Dottergang von der Mesenterialseite des Darms abgegangen sein, was Ruge sogar, unzutreffenderweise, als die Regel hinstelle.

Schwierigkeiten ergaben sich, da als Kriterium für die Herkunft aus dem Meckelschen Divertikel die Darmwandstruktur der Cystenwand galt, für die Bewertung von cystischen Tumoren auch dort, wo der mikroskopische Befund einen kaum oder garnicht der Darmwand ähnlichen Bau ergab. Die von v. Wyss[1]) gefundenen Cysten, bei denen sich eine innere Auskleidung von Flimmerepithel und keine Muskelfasern in der Wand vorfanden, erregten auch bei Roth Bedenken, sie den Enterokystomen einzureihen, obgleich das Flimmerepithel auch von ihm bei einem der von ihm publizierten Fälle in einem abgeschlossenen Teil einer Cyste gefunden wurde.

Hedinger[2]) war geneigt, eine Cyste, die er bei einem kurz nach der Geburt gestorbenen Kinde im untersten Teil des Ileum fand, auf den Oesophagus zurückzuführen, weil sie Plattenepithel und keine Drüsen in der Schleimhaut besaß.

Gfeller[3]), der wegen perityphlitischer Erscheinungen ein zwölfjähriges Mädchen operierte, fand bei diesem eine orangengroße cystische Geschwulst am Dünndarm, welche Achsendrehung des Darms verursacht hatte. Als mikroskopischer Befund ergab sich ein geschichtetes Pflasterepithel, dessen tiefe Schichten mehr oder weniger cylindrisch waren. Gfeller faßt diese Cyste als „dermoidähnliche Cyste der Darmwand“ auf.

---

[1]) v. Wyss: Zur Kenntnis heterologer Flimmercysten. Virch. Arch. 1881. Bd. 86.

[2]) Hedinger: Casuistische Beiträge zur Kenntnis der Abdominalcysten. Virch. Arch. 1902. Bd. 167.

[3]) Gfeller: Beitrag zur Casuistik der angeborenen Darmcysten. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1902. Bd. 65.

Schwankten also schon die Ansichten darüber, was bezüglich der Genese oder Wandung der Tumoren des Darms als Enterokystom anzusprechen ist, so macht neuerdings Wilms[1]) noch eine Einschränkung bezüglich der Form derselben, indem er nur völlig vom Darm abgeschlossene, mit Flüssigkeit gefüllte Säcke darunter verstanden wissen möchte. Colmers[2]), der einen Fall einer Bauchwandcyste publiziert, zögert dagegen nicht, diese Enterokystom zu nennen und des weiteren energisch dafür zu plaidieren, wo immer in der Deutung der von ihnen beschriebenen Fälle für verschiedene Autoren sich Schwierigkeiten ergaben, diese für unbegründet zu erklären, und diese Fälle auf das Meckelsche Divertikel zu beziehen.

Die Berechtigung dazu leitet er her von dem von ihm erhobenen Befunde an der Bauchdeckencyste. Die Cyste, die zwischen Rectusscheide und Peritoneum gelegen war, hatte eine mit eingelagerten Kalkkonkrementen versehene bindegewebige Wand. Nur an der Basis waren zwei mikroskopisch kleine Ausstülpungen, die alle Bestandteile der Darmwand aufwiesen. Er folgert daraus, daß die Cystenwand degenerative Veränderungen eingehen kann und dieser Umstand kein Gegenbeweis gegen die Annahme eines genetischen Zusammenhanges mit dem Meckelschen Divertikel ist.

Das ist zweifellos richtig, aber es muß entschieden als zu weitgehend bezeichnet werden, wenn nun alle Cysten, die mit dem Darm zusammenhängen, auf das Meckelsche Divertikel bezogen werden. Die Möglichkeiten in der Form der Residuen des Dotterstranges, von der kleinen knopfförmigen Prominenz in der Darmwand hinüberleitend zu den

[1]) Wilms: Ileus, 1909.

[2]) Colmers: Die Enterokystome und ihre chirurgische Bedeutung. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 79.

größeren Myo-Adenomen und cystischen Tumoren sind in der Dissertation von Runkel[1]), eines Schülers Marchands, anschaulich zusammengestellt. Daß aber Divertikel und Enterokystome vorkommen, die mit dem Meckelschen Divertikel nichts zu tun haben, beweist, abgesehen von den bekannten diverticula spuria am Jejunum, die, obwohl auf einer congenitalen Anlage beruhend, erworbene Schleimhauthernien an der Eintrittsstelle der Gefäße darstellen, das Vorkommen von multiplen Kystomen am Darm, vor allem in einwandsfreier Weise der Fall von Saenger und Klopp[2]). Hier fanden sich dreierlei Gruppen von Cysten: zwei mit einem Ueberzug von Lebergewebe, von denen eine eine Innenauskleidung von Darmenschleimhaut hatte. Die dritte Gruppe repräsentierte eine Cyste, die lediglich aus Darmwand bestand. Für diese Cysten kann als Genese nur eine Keimversprengung angenommen werden. Bei den von Fröhlich[3]) publizierten Fall von Jejunum duplex fanden sich einige miteinander kommunizierende Hohlräume, die durch einen neben dem Jejunum intramesenterial verlaufenden 60 cm langen Kanal mit dem Ileum in Verbindung standen. Das Ileum war etwa doppelt so weit wie das Jejunum. Von Fröhlich wurde die Mißbildung mit dem Meckelschen Divertikel in Zusammenhang gebracht. Es ist mir unverständlich, wie man für eine exquisite partielle Verdoppelung des Darms, wie sie hier beschrieben das Bedürfnis hat, das Meckelsche Divertikel als Erklärung für die Entstehung heranzuziehen. Divertikelbildungen am Jejunum wie die Fälle von Buzzi[4]) und

[1]) Runkel, Ueber cystische Dottergangsgeschwülste (Enterokystoma, Roth) Inaug.-Dissert. Marburg 1897.

[2]) Saenger und Klopp, Zur anatomischen Kenntnis der angeborenen Bauchcysten. Arch. f. Gyn. 1880. Bd. 16.

[3]) Fröhlich, Fall von Jejunum duplex. Dissert. Halle 1891.

[4]) Buzzi, Ueber einen Fall von angeborenen Divertikel des

anderen wären nur dann beweiskräftig dafür, daß sie auf das Meckelsche Divertikel zu beziehen sind, wenn andere Divertikelbildungen am Darm unbekannt wären. So kann jedenfalls in Anbetracht des wechselnden Befundes in der Wandstruktur der Cysten und in der Lokalisation derselben nur das gesagt werden, daß einige derselben dem Ductus omphalo-mesentericus entstammen, für andere eine solche Genese nicht sicher, für viele unwahrscheinlich und endlich für einen Teil derselben direkt ausgeschlossen erscheint, daß also Erklärungen der Genese von Enterokystomen in vielen Fällen über den Wert von Vermutungen nicht hinausgehen.

Sehr wesentlich für die Entscheidung bleibt selbstverständlich stets der anatomische Bau der Wand, die mehr oder weniger große Uebereinstimmung mit der Darmwand, wenn diese Beschaffenheit auch nachträglich erhebliche Modifikationen erleiden kann. Es ist ferner aber zu berücksichtigen, daß es sich bei notorischen Abschnürungen keineswegs nur um den Ductus omphalo-mesentericus handelt, vielmehr können solche auch in viel früheren Entwicklungsstadien an verschiedenen Stellen des Darms sich bilden. Es erscheint also berechtigt, unter Enterokystomen ihrer klinischen Bedeutung entsprechend cystische Bildungen zu verstehen, die mit dem Darm ursprünglich in Verbindung stehen, und die in ihrer Genese mit Wahrscheinlichkeit auf eine Abschnürung vom Darmrohr zurückzuführen sind, wobei es nebensächlich ist, ob ihre Wandstruktur in bezug auf ihre Aehnlichkeit mit der des Darmes einwandsfrei oder ob sie

---

Jejunum. Virch. Arch. 1885 Bd. 100. Buzzi fand bei einem alten Manne an der dem Mesenterialansatz gegenüberliegenden Seite des Jejunum einen divertikelartigen Appendix, der durch zwei ovale Oeffnungen mit dem Darm communicierte.

keine oder eine mehr oder weniger ausgesprochene Communication mit dem Darme besitzen.

Als solche können sie bei einer bestimmten Größe durch Stieltorsion (Fall I Roth) zu Gangraen und Peritonitis oder durch Kompression oder Achsendrehung des Darmes zu Ileuserscheinungen führen. Das letztere wird noch begünstigt durch eine nicht seltene Combination dieser Mißbildungen mit einem Mesenterium commune, bei dem Dünndarm und Colon ein gemeinschaftliches Mesenterium besitzen, das an der hinteren Bauchwand nicht fixiert ist, sondern frei in der Bauchhöhle herabhängt und dadurch dem Darme eine abnorme Beweglichkeit verleiht.

Vielleicht ist die Persistenz eines Mesenterium commune in solchen Fällen eine Folge der Cystenbildung, wenigstens scheint das für einen der unten näher beschriebenen Fälle aus dem Leipziger Pathologischen Institut zuzutreffen. Das Coecum war offenbar in seiner Wanderung von oben nach rechts unten gehindert, es war zu einer Fixation oberhalb der Cyste gekommen, die sich im Anfangsteil des Jejunum fand. Auch in dem Fall II von Runkel fand sich ein Mesenterium commune.

Wilms mißt den Enterokystomen in der Aetiologie des Ileus wenig bedeutung bei, was in Anbetracht der großen Seltenheit dieser Anomalien erklärlich ist.

Seitdem Roth im Jahre 1881 zuerst diese Mißbildung in einer längeren Arbeit beschrieb, sind in den verflossenen drei Jahrzehnten nicht viel neue Fälle hinzugekommen und zum Teil in den Dissertationen von Runkel und Rimbach einer eingehenden kritischen Würdigung unterzogen, sodaß es hier genügen wird, sie weiter unten noch einmal skizzenhaft anzuführen. Da Colmers den Begriff Enterokystom zu weit faßt, kommt nur ein Teil der auch von ihm angeführten

Fälle für uns in Betracht, entsprechend unserer Definition der Enterokystome[1]). Wie diese Fälle von Enterokystomen demonstrieren, ist kein einziges Mal intra vitam die Diagnose gestellt worden. In 10 Fällen schritt man zur Operation, die in 7 Fällen Heilung brachte. Es war Perityphitis, Peritonitis, Ileus, in drei Fällen ein Tumor diagnostiziert worden. Mehrfach war der Befund ein zufälliger bei der Sektion von an anderen Krankheiten zugrunde gegangenen Individuen. Wiederholt kam es bald nach der Geburt unter unbestimmten Darmerscheinungen, einmal, wenn wir den Fall von Saenger und Klopp wegen der anderweitigen Lokalitation der Cysten ausschließen, intra partum infolge der Geburtshinderung durch das Kystom zum Exitus. (Fall Hennig.) Da dem Enterokystom keine spezifischen klinischen Symptome zukommen, wird immer da, wo der Tumor nicht durch seine Größe als solcher erkennbar, die Diagnose, wenn überhaupt an ein Enterokystom gedacht wird, nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein.

Ich gehe nunmehr zur Beschreibung der von Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Marchand mir gütigst zur Publikation überlassenen Fälle über.

Fall 1. Großes Enterokystom des Jejunums bei einem 9 Tage alten Kinde. Mitteilung aus der hiesigen geburtshilflichen Klinik: das am 18. 12. 09 spontan geborene, kräftige Kind nimmt bei reichlicher Ernährung ab, erbricht andauernd, besonders in den letzten Tagen. Stuhl dünn, grünlich verfärbt, fortschreitender Verfall. Tod am 27. 12. 09. Gewicht zur Zeit des Todes 3230 gr., gegen 4190 gr. bei der Geburt.

[1]) Immerhin kann man Cysten mit Darmwandstruktur in der Bauchwand als verlagerte oder dislocierte Enterokystome bezeichnen.

Die am 27. 12. 09 im Pathologischen Institut vorgenommene Sektion (Dr. Querner) ergab folgenden Befund:

Anatomische Diagnose: Enterokystoma intestini jejuni. Hyperaemia intestini tenuis, Mesenterium commune partiale. Pneumonia lobularis lob. inf. pulm. sin. Pleuritis fibrinosa sin. levis.

Aeußere Besichtigung. Neugeborenes Kind weiblichen Geschlechts. Körperlänge 50 cm. Zeichen der Reife vorhanden. Geringe Totenstarre. Diffuse bläulich rote Totenflecke am Rücken, Nabelstrang eingetrocknet, nur noch wenig mit dem Nabel in Zusammenhang. Nabelgefäße sondierbar, (vom frisch angelegten Schnitt aus). Abdomen ziemlich stark gewölbt. Unterhalb der Nase, der Wange und der Unterlippe etwas eingetrocknetes Blut.

Brusthöhle: Lungen lassen vom Herzbeutel ein zweimarkstückgroßes Stück frei. Thymus 2:1,5 groß. Lungen lufthaltig, im allgemeinen von rötlich weißer Farbe. Die linke Lunge zeigt an der Oberfläche der oberen und hinteren Partien des Unterlappens besonders der facies diaphragmatica gelblich weiße, leicht abziehbare Belege. Der Unterlappen ist von derber Konsistenz, in den hinteren Partien von dunkelblauroter Farbe. Auf dem Durchschnitt zeigt der Unterlappen dunkelrote Farbe, leichtkörnige Schnittfläche und reichlichen Blutgehalt. Der Oberlappen ist lufthaltig o. B. Die Oberfläche der rechten Lunge ist spiegelnd. Auf dem Durchschnitt ist der Unterlappen ziemlich blutreich, lufthaltig.

Bauchhöhle: Die Leber überragt nicht den Rippenbogen und den Prozessus ensiformis und ist sehr weit nach rechts hinübergeschoben, so daß die incisura umbilicalis ungefähr in der Mammillarlinie gelegen ist. Der Magen ist stark ausgedehnt, erweitert. Die untere Fläche des rechten und linken

Leberlappen stark concav, die Ränder scharf. Im rechten Teil der Bauchhöhle fällt sofort nach Eröffnung derselben eine kleinapfelgroße, mit Flüssigkeit prall gefüllte Cyste auf. Es ergibt sich, daß dieselbe zwischen den Blättern des Mesenteriums des Dünndarms gelegen ist. Ueber die Vorderfläche der Cyste zieht in der Richtung von oben nach unten der Dünndarm, der in die Vorderwand gleichsam eingelassen ist und sich dort nur als dunkelroter, etwas prominierender Streifen markiert, doch scheint die Cyste mit dem Lumen des Darms nicht zu communicieren, da sich der Inhalt nicht ausdrücken läßt. Wohl in Folge der geringen Menge des Darminhaltes gelingt es nicht, solchen durch den der Cyste anliegenden Darmteil durchzudrücken. Die Wandung der Cyste ist glatt und glänzend, von grauroter Farbe. Durchgespritztes Wasser geht durch den über der Cyste verlaufenden Darmteil hindurch. Eine eigentliche Drehung des Darms ist jetzt nicht mehr nachweisbar. Der ganze Darm zeigt aber, soweit er am Mesenterium angeheftet ist, eine diffuse dunkelrote Oberflächenfärbung. Coecum und Colon ascendens sind nicht an ihrer gewöhnlichen Stelle zu finden. Die rechte Niere liegt an ihrer Vorderfläche frei, die rechte Fossa iliaca ist leer. Aus der Cyste werden 70 cbcm einer dunkelbräunlichen Flüssigkeit entleert vom spez. Gewicht 1014; die Kochprobe ergibt ziemlich reichlich Eiweiß. (Mucinreaktion leider nicht angestellt!)

Das in Formalin, dann in Alkohol konservierte Präparat besteht aus dem ganzen unteren Teil des Rumpfes und sämtlichen Bauchorganen in situ. Die Untersuchung ergibt außer dem bereits erwähnten folgendes:

Der Magen mißt in gefülltem Zustande von rechts nach links 12:6 cm und nimmt zum großen Teil den Raum unter-

halb der Leber ein. Der Pylorus liegt nach rechts von der Mitte und geht in das ebenfalls stark dilatierte Duodenum über, das mit leicht nach rechts convexer Krümmung in einer Länge von 5 -6 cm nach abwärts verläuft und in diesem Verlauf an der hinteren Bauchwand nach rechts vom oberen Pol der rechten Niere fixiert ist. Daran schließt sich eine mit einem kurzen Mesenterium versehene, nach vorn convexe zweite bogenförmige Schlinge mit horizontalem Verlaufe, die sodann in absteigender Richtung auf die oben beschriebene Cyste übergeht. In diesem Teil ist das Jejunum auf eine Strecke von 2—3 cm mit der Cystenwand verbunden aber noch deutlich davon abgesetzt. Das Jejunum zeigt dann eine deutliche Erweiterung und geht im weiteren Verlaufe über der Cyste beiderseits ohne Grenze in deren Wand über. Als leicht gewölbter Streifen von 2 cm Breite an der Vorderfläche der Cyste erkennbar, löst der Dünndarm sich am untern Umfange derselben von der Cystenwand ab, mit der er jedoch durch das hier wieder auftretende Mesenterium verbunden bleibt.

Die Cyste hat annähernd Kugelform von etwa 7 cm Durchmesser und ragt frei beweglich in die Bauchhöhle. Ihre Oberfläche ist vollkommen glatt. Das Mesenterium des Dünndarms, der im übrigen mit normalem Lumen weiter verläuft und in das Coecum, das sich oben in der Medianlinie neben dem Anfangsteil des Jejunum befindet, mündet, ist stellenweise verkürzt: bei der Betrachtung von der linken Seite erscheint es an der Wurzel von oben nach unten zusammengedrängt, verdickt. Das Coecum ist an das Jejunum durch ein kurzes, ziemlich straffes Ligament, das sich unmittelbar an den rechten Teil des großen Netzes anschließt, fixiert. Die proximalen zwei Drittel des Prozessus vermiformis sind in diese Verwachsung mit einbezogen. Das Colon

ascendens verläuft mit mehreren kurzen Windungen nach aufwärts, um dann in das kurze Colon transversum überzugehen. Es ist also kein typisches Mesenterium commune vorhanden, das frei hängt, sondern die sekundären Verwachsungen sind teilweise eingetreten: Das Coecum ist an das Jejunum fixiert, das Colon ascendens durch das große Netz mit dem Duodenum verbunden. Das Colon transversum beginnt in der Medianlinie und verläuft nach links horizontal, mit dem Magen durch das große Netz (lig. gastrocolicum) und durch das Mesocolon transversum in Verbindung, bis zur Flexura colica sinistra. Das Colon descendes zieht an der hinteren Wand ohne weitere Anomalien nach abwärts bis zur Flexura sigmoidea, die eine auffallend große in die rechte Fossa iliaca hinübergelagerte Schlinge bildet, die durch ein kurzes Mesocolon etwas links von der Mitte mit der hinteren Bauchwand verwachsen ist. Das Foramen Winslowii liegt an der gewöhnlichen Stelle. Nach Durchtrennung des Lig. gastrocolicum kommt das hinter dem Colon transversum gelagerte Pankreas zum Vorschein, dessen Schwanz links mit der nicht vergrößerten Milz in Verbindung steht.

Zur mikroskopischen Untersuchung wird der Cystenwand ein Stück aus der Mitte des vorderen Umfanges entnommen, welches den Querschnitt des Darmes mit den angrenzenden Teilen der Cystenwand in einer Gesamtlänge von ca. 4 cm umfaßt. Es zeigt sich, daß das Lumen des Darmes in Gestalt eines Spaltes von etwa 2 cm Breite in die Cystenwand selbst eingeschlossen ist und diese nur leicht nach innen und außen verwölbt. Die Innenfläche der Cyste ist vollkommen glatt, nur dort, wo das Jejunum der Cyste sich anzulagern beginnt, ist eine schwach grubige Vertiefung vorhanden, die wie der Ansatz eines in die Wurzel des

Mesenteriums hineinreichenden Stieles der Cyste erscheint. Eine Communication der Cyste mit dem Darme ist nirgends nachweisbar.

An den mit Haematoxylin und Eosin und nach van Gieson gefärbten Schnitten zeigt sich schon makroskopisch, daß das Darmlumen in der Cystenwand selbst liegt. Die Muskelwand des Darmes umgiebt das mit Schleimhaut ausgekleidete Lumen nicht ringförmig, sondern geht an der Außen- wie an der Innenseite der Cyste ohne Grenzen in die Wand derselben über, sich allmählich verdünnend.

An der Außenseite ist im Bereiche des Darms zunächst unter dem dünnen serösen Ueberzug die quer durchschnittene dicke Längsmuskelschicht erkennbar, die im Bereiche der Cyste etwas dünner und unregelmäßiger wird, darunter die Quermuskelschicht, die sich ebenfalls auf die Cystenwand fortsetzt. An der der Cyste zugekehrten Wand des Darms ist eine Längsmuskelschicht nicht vorhanden, die Ringmuskelschicht stark entwickelt. Zwischen den beiden auseinanderweichenden Muskellagen der Ringmuskelschicht (d. h. der an der Außen- und der an der Innenseite der Cyste gelegenen) bleibt beiderseits neben dem Darmlumen ein auf dem Durchschnitt spitz-dreieckiger Raum frei, der durch lockeres Bindegewebe mit Gefäßen ausgefüllt ist. Die Darmschleimhaut ist mit den Muskelschichten nur durch eine schwache Submucosa verbunden. Darauf folgt eine deutliche Muscularis mucosae und dann die eigentliche Schleimhaut. Der Zottenbesatz der Schleimhaut ist an der der Cyste zugekehrten Wand des Darms weniger deutlich und fehlt stellenweise, an der der Außenfläche entsprechenden Seite des Darms sind dagegen sämtliche Bestandteile der Darmwand gut ausgebildet: eine zottentragende Schleimhaut mit Lieberkühnschen Drüsen und einer deutlichen Muscularis mucosae: auch einzelne Follikel sind vorhanden.

Die Cystenwand besteht also im wesentlichen aus einer längs- und einer querverlaufenden, mit Gefäßen versehenen Muskellage, die außen und innen von einer dünnen Bindegewebshülle umgeben sind. Nach der Peripherie verlaufen die Schichten weniger regelmäßig und werden schmaler, schräg- und längsgetroffene Muskelfasern erscheinen an einigen Stellen neben dem Darmdurchschnitt unregelmäßig durcheinandergelagert.

Bestimmte Schlüsse auf die Genese erlaubt dieser Befund nicht, aber die intramesenteriale Lokalisation im Anfangsteil des Jejunum spricht wohl nicht für eine solche aus dem Ductus omphalo-mesentericus. Es ist wohl eher an eine andere auf diese Stelle lokalisierte und beschränkte Unregelmäßigkeit in der Entwicklung des Darmes, an eine Ausstülpung oder Abschnürung der Darmwand zu denken. Auf jeden Fall ist anzunehmen, daß die Anlage der Cyste zu einer sehr viel früheren Zeit bestand als die Abschnürung des Dotterganges, sehr wahrscheinlich datiert sie schon aus dem rinnenförmigen Zustand, da die Cyste gemeinsam mit dem Darm durch die mesodermale Schicht umschlossen ist. Ob die Cyste ursprünglich aus einer Abschnürung am Darmrohr selbst entstanden ist, läßt sich nicht sicher beweisen, da sie keine Schleimhautauskleidung besitzt; es ist aber nach Analogie mit anderen Darmcysten wahrscheinlich. Die Schleimhaut kann im Laufe der weiteren Entwickelung zu Grunde gegangen sein. Daß die Cyste schon einer Zeit entstammt, als der Darm sich zu entwickeln begann, beweisen auch die später zu besprechenden sekundären Veränderungen, die der übrige Darm in seinen Lageverhältnissen erlitten hat. Schon in den ersten Embryonalwochen muß die Cyste als solche vorhanden gewesen sein.

Jedenfalls ist auch die Entwickelung der meisten anderen

großen Enterokystome auf ein ähnliches frühes Stadium zurückzuführen. Dafür spricht auch das gleichzeitige Vorkommen weiterer cystischer Abschnürungen aus anderen Teilen der Darmanlage (des Vorderdarms) wie in den Fällen von Hennig und Runkel etc., die aus späteren Entwickelungsstadien gar nicht erklärbar wären.

Die letzte Todesursache war in diesem Fall die lobuläre Lungenentzündung, die ihrerseits mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine Aspiration von erbrochenem Mageninhalt zurückzuführen ist. Die dunkelrote Färbung des Darmes hatte anfangs die Vermutung hervorgerufen, daß eine Achsendrehung durch die Cyste veranlaßt worden war, doch war eine solche bei der Sektion nicht nachweisbar. Die starke Ausdehnung des Magens und das anhaltende Erbrechen, welches den kachektischen Zustand des Kindes zur Folge gehabt hatte, erklärt sich durch die starke Compression des Jejunum durch die Cyste.

Einige Analogien mit dem oben beschriebenen Fall zeigt der von Hennig[1]) im Jahre 1880 publizierte Fall eines Enterokystoms, das von Hennig als vom Meckelschen Divertikel stammend aufgefaßt wurde. Dasselbe hatte ein Geburtshindernis abgegeben und die Perforation des während der Geburt verstorbenen Kindes notwendig gemacht. Bei der Sektion fand sich eine intramesenterial gelagerte Cyste von immenser Größe.

Das Präparat, welches sich in der Sammlung des Leipziger Pathologischen Instituts befindet, soll als Parallelfall zu dem obigen hier noch einmal beschrieben werden, da die ursprüngliche Beschreibung nur sehr kurz ist.

---

[1]) Hennig: Cystis intestini, cystis citra oecophagum bei einem Neugeborenen. Centralbl. f. Gyn. 1880.

Fall II. Enterokystom im Bereiche des unteren Ileum und Cyste im linken Brustraum.

Das Präparat besteht aus dem Rumpf eines weiblichen Neugeborenen mit den Bauch- und Brustorganen. Leider ist der Erhaltungszustand sehr mangelhaft, z. T. infolge der Perforation bei der Geburt, so daß einige wichtige Teile, z. B. das sehr zerrissene Mesenterium nur sehr schlecht erkennbar sind.

Ein mächtiger cystischer Tumor erfüllt einen großen Teil der Bauchhöhle, die Leber ist stark verlagert. Das Duodenum verläuft vom Magen, der nicht erweitert gewesen zu sein scheint, nach abwärts und geht nach links abbiegend in das Jejunum über. Im Verlaufe des Dünndarms, etwa 100 cm vom Coecum entfernt, beginnt zwischen den Blättern des Mesenteriums ein schlauchartiger Hohlraum, dessen zugespitztes Ende sich in einen nach der Wurzel des Mesenteriums verlaufenden soliden Strang fortzusetzen scheint, und der sich nach einer Länge von 7 cm allmählich stärker erweitert und im ganzen eine halbmondförmig gekrümmte 56 cm lange Cyste (an der convexen Krümmung gemessen) mit etwas unregelmäßig dicker (3—5 mm) Wandung darstellt, deren größte Breite im zusammengefallenen Zustand in der Mitte 8 cm beträgt (Umfang ca. 17,5 cm). Bei der natürlichen Lage ist der convexe Rand nach unten, der concave nach aufwärts gewendet. An letzteren setzt sich das Mesenterium an, dessen Blätter auf die Cyste übergehen. Das spitze Ende der Cyste ist nach links, das stumpfe untere nach rechts gerichtet. Der Dünndarm lagert sich der größten Circumferenz der Cyste entsprechend bogenförmig derselben an und verläuft in inniger Verbindung mit ihrer Wand. Die Cyste communiciert nicht mit dem Dünndarm, der in einer Länge von 45 cm fest mit der Cystenwand verbunden

und bereits in seinem Verlaufe an der Cystenwand aufgeschnitten ist und unterhalb der Cyste noch 55 cm mißt, bevor er in das in der rechten Unterbauchseite freigelegene Coecum mündet. Das Mesocolon zeigt, soweit es sich bei dem mangelhaften Erhaltungszustande erkennen läßt, eine im wesentlichen normale Anordnung. Das Coecum ist von der Hinterwand abgelöst, doch scheint das Colon ascendens mit der Vorderfläche der Niere verbunden gewesen und erst nachträglich abgelöst zu sein. Ein sog. Mesenterium commune war somit nicht vorhanden. Bei der Beweglichkeit der Cyste, die an einem langen Mesenterium hängt, ist die ursprüngliche Lage nicht genau zu bestimmen, sie kann vielmehr leicht durch Drehung von links nach rechts verlagert werden.

Im linken Brustraum, neben der Wirbelsäule, in der Höhe des dritten bis fünften Brustwirbels befindet sich eine zweite Cyste, die nach Prof. Hennig etwa Pflaumengröße gehabt haben soll, jetzt aber einen abgeplatteten eröffneten Hohlkörper von der Größe einer Kirsche darstellt. Hennig bezeichnet diese Cyste als vermutlichen „Kiemensack", doch spricht nichts für diese Deutung. Wahrscheinlicher ist ein ursprünglicher Zusammenhang derselben mit dem Vorderarm, wofür auch das Vorhandensein von Zylinderepithel in der Cyste spricht. Die Angabe Hennigs, daß aus der großen Darmcyste sich 3 Liter Flüssigkeit entleert haben soll, ist in Anbetracht der jetzigen Größe der Cyste nicht sehr wahrscheinlich, sie soll im gefüllten Zustande etwa die Größe des Magens eines Erwachsenen gehabt haben.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde nachträglich auch aus der Wand dieser Cyste ein einen Teil der Darmwand umfassendes Stück herausgeschnitten. An (ungefärbten) Schnitten in der Querrichtung des Darmes lassen

sich trotz des mangelhaften Erhaltungszustandes die einzelnen Schichten gut erkennen. Auch hier findet sich am äußeren Umfang des Darmrohres eine ziemlich dicke Lage quer durchschnittener Muskelbänder (Längsmuskelschichte), die sich etwas schwächer werdend, continuirlich auf der Cystenwand fortsetzt; darauf folgt eine etwas schwächere Ringmuskelschicht (mit längs getroffenen Fasern), die an dem der Cyste zugekehrten Umfang sehr an Dicke zunimmt und hier in etwas unregelmäßigen Bündeln auch seitlich auf die Cystenwand übergeht. Daran schließt sich, mit ihr im Bereiche der Cyste eng verbunden, eine dicke Ringmuskelschicht, die im Bereiche der Darmwand noch durch eine schmale dunklere Lage von quer durchschnittenen Muskelfasern (also einer schwachen Längsmuskelschicht entsprechend) von der dicken Ringmuskelschicht des Darmes getrennt ist. An der Innenseite der Cyste folgt auf die Muskelschicht eine ziemlich breite Lage eines lockeren Bindegewebes, dann nach innen eine schmale helle Schicht (Muscularis mucosae) und eine dunklere dünne Schicht ohne erkennbare Zotten oder Drüsen. Es ist also auch hier die Cyste von einer äußeren Längs- und einer inneren Ringmuskelschicht umgeben; die erstere umgiebt Darm und Cyste gemeinschaftlich, die letztere ist im Bereiche des Darmes deutlich doppelt, doch hängen beide Lagen am Uebergang mit einander zusammen; man kann auch hier sehen, daß ein Teil der Ringmuskulatur (die äußere Schicht) sich spaltet und das Darmrohr einschließt, während die innere Schicht continuirlich um die Cyste verläuft.

Der Besprechung der sekundären Veränderungen, die der übrige Darm durch das Enterokystom in dem andern Falle erlitten hat, muß ich einige entwickelungsgeschichtliche

Bemerkungen vorausschicken. Ich zitiere hier fast wörtlich Kollmann[1]):

„In einem gewissen Entwicklungsstadium (Stufe der Darmschleife) ist das Darmrohr an die dorsale Rumpfwand an dem mesenterium commune befestigt, das sich später in die einzelnen Abteilungen gliedert: Mesenterium, Mesocolon ascendens, transversum und descendens, sobald die Darmabschnitte ausgebildet sind, die schon in der einfachen Schleife vorliegen. Im dritten Foetalmonat ist der Dickdarm in die Mittellinie des Leibes gerückt. Von hier zieht er ventral von dem Dünndarmkonvolut, das schon gegen Ende des zweiten Monats ein ansehnliches ist, nach oben. Im Laufe des vierten Monats wandert dann der Blinddarm an der unteren Fläche der Leber entlang und liegt zunächst ventral von dem Duodenum, dann an der rechten Niere und gelangt endlich in die rechte Fossa iliaca. Dann ist auch die definitive Form erreicht: Colon ascendens, transversum und descendens. Alle diese Abschnitte besitzen ein freies Gekröse, wie es der Dünndarm das ganze Leben hindurch aufweist. Später werden durch sekundäre Verwachsungen Teile des Darmrohres an die hintere Bauchwand befestigt. Das Colon ascendens, das Mesocolon ascendens verwächst etwa im vierten Foetalmonat mit der dorsalen Leibeswand, die bekanntlich von einem Peritoneum parietale bedeckt ist. Vom fünften Foetalmonat an ist die Insertion des Mesocolon hinauf, das Duodenum dagegen hinabgedrückt, es kreuzt dann das Mesocolon transversum das Duodenum und verwächst mit ihm.“

In dem ersten der beschriebenen Fälle ist das Coecum in die Medianlinie und nach oben gelangt, einer weiteren

[1]) Kollmann, Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen. Jena 1898.

Wanderung stellte sich die im Anfangsteil des Jejunum gelegene Cyste entgegen, die ihrerseits durch die wachsenden Darmschlingen und den Magen nach rechts und nach unten geschoben, auch den Verlauf des Duodenum nach rechts und unten beeinflußte. Die Cyste mag schon damals eine relativ ansehnliche Größe besessen haben. Sie versperrte also den Weg nach rechts und unten, indem sie die rechte untere Bauchhöhle zum Teil einnahm. Die physiologischen sekundären Verwachsungen des Coecum und Mesocolon erfolgten unvollständig und an abnormer Stelle, nämlich dort, wo sie aufgehalten waren: das Coecum mit dem Jejunum, der Anfangsteil des Colon an einer cirkumscripten Stelle mit dem Duodenum oben in der Medianlinie. Die Verwachsungen haben also mit einer foetalen Peritonitis nichts zu tun. So ist ein Colon ascendens nur teilweise vorhanden, das Colon transversum beginnt in der Medianlinie und zieht nach links: das Mesocolon verwächst hier mit der hinteren Bauchwand. Das Colon bildet dann die Flexura colica sinistra, verläuft nach abwärts und bildet, wie schon beschrieben, in der Medianlinie noch eine auffallend große Schlinge, die an der hinteren Bauchwand fixiert ist. Es ist hier also kein typisches Mesenterium commune vorhanden, die sekundären Verwachsungen sind erfolgt, aber unvollständig.

Casuistik.

Anderson: Multiple cysts of stomach and smal intestine. The Brit. med. Journ. 1898 Bd. I. ct. nach Colmers.

59 jährige Frau, die zehn Jahre an chronischen Diarrhöen und Gallenanfällen gelitten hatte. Verschlimmerung, Erbrechen. Laparotomie: am Jejunum Cyste, die ausgekleidet von Cylinder- und Becherzellen. Einige papillomatöse Wucherungen von

adenomatösem, bisweilen malignem Typus in der Cyste. Darmwandähnliche Struktur der Cystenwand. Exitus.

Battle: Cyste of smal intestine. Brit. med. Journ. Bd. I. 1885.

25jährige Frau. Laparotomie wegen einer mit der Atmung nicht verschieblichen weichen und schmerzhaften Geschwulst. Eine am Dünndarm gelegene kleinorangegroße Cyste wird exstirpiert. Geschichtete Cystenwand ohne Epithel und Drüsen.

Buchwald: Deutsche med. Wochenschrift 1887. Ueber Darmcysten als Ursache eines compl. Darmverschlusses.

Zweikammrige Cyste bei einem sechsjährigen Knaben, der an Ileus starb. Cyste am Jejunum, ein Meter unterhalb des Duodenums, stand mit dem Darm in offener Communication.

Dittrich: Zeitschrift für Heilkunde, Bd. VI. 1885.

I. Zwölf Tage altes an Pneumonie gestorbenes Mädchen. Sektion ergibt folgenden Darmbefund: 30 cm oberhalb der Ileocoecalklappe am convexen Umfange des Ileum gegenüber dem Mesenterialansatz, ein $^3/_4$ cm langer, gänsekieldicker zapfenförmiger Fortsatz. An der Innenwand des Darms entsprechend diesem Gebilde circumscripte Prominenz der Schleimhaut. Tumor hängt nicht mit dem Mesenterium zusammen. Communication mit dem Darm. Inhalt des Tumors gelblicher Schleim. Wand desselben von darmwandähnlicher Structur.

II. Prag. Wochenschrift 1889.

An Tuberkulose gestorbener 21jähriger Mann.

An der hinteren Fläche des Mesenteriums des unteren Ileum 5 cm oberhalb der Valvula Bauhinii, 2 cm entfernt von dem Mesenterialrand des Darms ein mit dem Mesenterium verwachsenes ovoides Säckchen von Nußgröße, von dem

Säckchen nach aufwärts verlaufend auf der Oberfläche des Mesenteriums ein Gang von 2 mm Durchmesser, 1,5 cm Länge der blind endigt. Flimmerrepithel.

III. 5 Jahre altes Mädchen. Im Ileum 60 cm aufwärts von der Ileocoecalklappe dem Mesenterialansatz gegenüber liegende Cyste, 1,5 cm : 9 mm groß. Keine Communication mit dem Darm.

IV. Totgeborener Knabe. Zwischen den Blättern des Mesenteriums gelagerte hühnereigröße Cyste ohne Communication mit dem Darm, 15 cm oberhalb der Valvula Bauhinii.

Fitz: Peristent omphalomesenteric remains; theirunportance in the causation of intestinal duplication, cystforformation and obstruction. Americ. Journ. of med. Science Vol. 88 p. 40, 1884. ct. nach Colmers.

Bei der Sektion einer an Pleuritis chron. gestorbenen Person fand sich am Blinddarm, nahe dem Mesenterialansatz, 1 cm oberhalb der Ileocoecalklappe, eine Cyste ohne Communication mit dem Darm. Darmstructur der Cystenwand.

Fraenkel: Patholog. Mitteilungen über Cysten im Darmkanal, Virch. Arch. 1882, Bd. 87.

11 Tage p. p. unter Ileuserscheinungen gestorbenes Mädchen. Im untersten Teile des Ileum fast kugelige Cyste ($2^1/_2$ cm Durchmesser) am Mesenterialansatz zwischen den Schichten der Muskulatur. Wand der Cyste bestand ausschließlich aus Muskulatur.

Gfeller: Beitrag zur Casuistik der angeborenen Darmcysten. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1902, Bd. 65.

12jähriges Mädchen, das seit 5 Jahren anfallsweise Leibschmerzen mit Erbrechen hatte. Zwei Tage vor der Aufnahme in die Klinik heftige kolikartige Schmerzen. Diagnose: Perityphlitis. Laparotomie: Achsendrehung des Darms um 360°, veranlaßt durch eine orangegroße Cyste am äußeren

Rande einer Darmschlinge. Darmwandstructur bis auf das Epithel: Pflasterepithel, das stellenweise in Cylinderepithel übergeht. Keine Drüsen.

Hedinger: Casuistische Beiträge zur Kenntnis der Abdominalcysten. Virch. Arch. 1902, Bd. 167.

4jähriger Knabe, erkrankt unter Ileussymptomen. Diagnose: Perityphlitis. Exitus. Sektion: große Geschwulst, die fast die ganze Unterbauchhöhle ausfüllte, dicht unterhalb der Valv. Bauh. 4 cm vom Mesenterialansatz des Darmes entfernt, gestielt. In der Wand Andeutungen von Auerbachschem und Meißnerschem Plexus. Plattenepithel.

Hueter: Beitrag zur Kenntnis der angeb. Darmgeschwülste. Zieglers Beitr. 1896, Bd. 19.

Knopfartige, kirschkerngroße Geschwulst im Lumen des unteren Ileum bei einem 10 Tage alten Kinde, erweist sich bei der mikroskopischen Untersuchung als cystisch tubulöses Adenom, das von Muskelbündeln unregelmäßig eingeschlossen war. Tumor lag in der Submucosa. Bei demselben Fall erbsengroßer Tumor von grünlicher Farbe, mit Serosa überzogen, auf dem Mesenterium sitzend, bestand aus mehreren Cystenräumen. Innere Auskleidung desselben bildeten Drüsenschläuche, darunter Lage glatter Muskelfasern, darunter gefäßreiche Bindegewebsschicht, die wieder von stärkeren Muskelfasern begrenzt war, die aber keine continuierliche Schicht bildeten.

Houston: Descriptive Catalogue of the Preparations in the Museum of the Royal College of Surgeons in Ireland. Bd. 1 1834. Ct. nach Colmers.

Beschreibt ein Präparat, wo das Divertikel einen umschriebenen gänseeigroßen Sack bildet.

Kulenkampff: Ein Fall von Enterokystom. Tod durch Darmverschlingung. Centralbl. f. Chir. 1883.

Kulenkampff fand bei einem dreijährigen Knaben, der an Ileus zugrunde gegangen, eine mannsfaustgroße, intramesenterialgelagerte Cyste, 40 cm oberhalb der Valvula Bauhinii.

Morton: A cyst removed from the inside of the caecum. Transact of the Path. soc. of London. Vol. 49. 1898.

39jähriger Mann. Durch Operation entfernte intramesenterial gelagerte hühnereigroße Cyste, die durch eine kleine Oeffnung mit dem angelagerten Wurmfortsatz communicierte. Wand bindegewebig.

Nasse: Ein Fall von Enterokystom. Arch. f. klin. Chir. 1898 Bd. 45.

6 Tage altes Kind. Wegen Ileus Laparotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich eine anscheinend im Mesenterium gelegene cystische Geschwulst. Der über sie hinwegziehende Darm endet neben ihr blind. Getrennt von dem Tumor, aber neben ihm, beginnt der ganz kontrahierte untere Darmabschnitt, der nach oben zu kuppelförmig blind endet. Tod am Tage nach der Operation. Darmbefund bei der Sektion: Die beiden blinden Enden des Darmes hatten ein sehr kurzes Mesenterium. Cyste ist hühnereigroß, eiförmig, liegt zwischen Darm und Mesenterialansatz intramesenterial. Darm zieht über sie hinweg, ist auf der Cyste platt gezogen und leer, Scheidewand zwischen Cyste und Darm sehr dünn. Innenfläche der Cyste von zottenführender, Drüsen enthaltender Schleimhaut ausgekleidet.

Püschmann: Ein Fall von Darmcyste. Deutsche Zeitschrift für Chir. 1904 Bd. 72.

6jähriger Knabe. Unter schweren peritonitischen Erscheinungen Exitus. Sektion: Perforationsperitonitis. Intramesenterial entwickelte, dem Darm breit aufsitzende sanduhrförmige eingeschnürte große Cyste, die perforiert war, wie der Darm. Darmwandähnliche Struktur der Wand.

Quensel: Beiträge zur Kenntnis der angeborenen Darmgeschwülste. Nordisk. med. Arkiv. N. F. IX. No. 30 (Cit. nach Centralblatt f. Chir. 1889).

I. Asphyktisches Neugeborenes, 1 Std. p. p. Exitus. An der vorderen convexen Seite der Darmwand runde fluktuierende Cyste, 3 cm groß, dicht an der Valv. Bauh., ragt frei in die Bauchhöhle. Ohne Communication mit dem Darm. Wand bestand aus Muskelschichten, nur stellenweise entwickelte Schleimhaut mit wenigen drüsenartigen Einstülpungen.

II. 4 Monate altes Mädchen, an Pneumonie gestorben. Dicht am Coecum an der Vorderfläche des Darms Cyste ohne Communication mit demselben. Schleimhaut mit Zotten und Drüsen.

III. 67jährige Frau. Darmerscheinungen, Erbrechen faekulenter Massen. Laparotomie. Exitus. 57 cm oberhalb der Valv. Bauh. dem Mesenterialansatz gegenüber zwischen den Muskelschichten der Darmwand, Cyste. Wand anscheinend durch sekundäre Prozesse verändert, zeigte zwei von einander getrennte Bindegewebeschichten, die sich in die Darmmuscularis fortsetzten.

IV. Ein Präparat aus dem Stockholmer Path. Institut: Am Ileum, dem Mesenterialansatz gegenüber, runde 6 cm im Durchmesser haltende, subserös gelegene Cyste, die mit dem Darm nicht communiciert. Wand Dünndarmstruktur.

Von Raesfeldt: De hernia littrica. Inaug.-Dissert. Berolini 1852. (ct. nach Roth.)

Beschreibt und bildet eine Cystenbildung aus dem Meckelschen Divertikel ab.

Rimbach: Dissertat. 1897, Gießen.

I. 25 Jahre altes Mädchen, das an Ileus gestorben. Sektion ergiebt: kugelige Cyste, 17 cm Durchmesser, mit

sanguinolentem Inhalt. Cyste stand durch einen 2,5 cm langen kugelförmigen Stiel wahrscheinlich mit dem Jejunum in offener Communication. Mikroskopie: Darmwandähnliche Struktur der Cystenwand.

II. 38 Jahre alte Frau. Seit 4 Jahren wachsender Tumor. Laparotomie. Der exstirpierte Tumor war eine mannskopfgroße, eine grauschleimige Masse enthaltende Cyste, die durch einen 2 cm langen soliden Stiel mit dem Blinddarm zusammenhing.

Roth: Ueber Mißbildungen im Bereiche des Ductus omphalomesentericus. Virch. Arch. 1881. Bd. 86.

I. Aus dem diverticulum ilei hervorgegangenes, mit dem Darm communicierendes Enterokystom. Beginnende Gangraen und Peritonitis. Torsion des Stieles.

Knabe, 16 Monate alt, Tod unter periton. Erscheinungen. Sektion: kräftiges Kind. Am Orificium Urethrae findet sich eine kleine stecknadelkopfgroße Oeffnung, durch welche sich eine Sonde in einen ca. 2 cm langen über der Urethra gelegenen blind aufhörenden Kanal vorschieben läßt. Bauch aufgetrieben. Unterhalb des Nabels findet sich vor dem Dünndarmmesenterium gelagert eine ovoide, mäßig gespannte Geschwulst. 6,2:5, 3:3,6 cm groß. Dieselbe ist glatt, zeigt oben links Verwachsungen, rechts vorn zarte Verklebungen mit dem großen Netze. Vom unteren rechten Umfang des Tumors geht ein 11 mm langer Stiel zum concaven Umfang des Ileum. Geschwulst kann durch Aufblasen des Darmes prall gespannt werden. Inhalt braunrote schleimige Flüssigkeit mit rötlichen Flocken gemischt. Wand der Cyste 2 mm dick. Innenfläche z. T. ulceriert, zeigt mikroskopisch in seiner Schleimhaut Cylinderzellen und Lieberkühnsche Drüsen.

II. Congenitales, aus einem intramesenterial gelagerten Diverticulum hervorgegangenes Kystom, das keinen Zusammenhang mit dem Darm mehr erkennen ließ. Weitere Enterokystome der Bauch- und Brusthöhle.

Gleich nach der Geburt gestorbener Knabe. Linksseitige Hydrocele. Im Abdomen unterhalb der Leber großer, dünnwandiger Tumor, der Magen und Duodenum bedeckt. Geschwulst zerfällt in zwei Abteilungen: die links vorn oben gelegene ist stark hühnereigroß, die andere, um $^2/_3$ kleiner, liegt rechts unten in der Coecalgegend. An der Wurzel der rechten Lunge, vor der Wirbelsäule liegender zweiter fluktuierender Tumor, von Pleura costalis überzogen, mit einem Teil in Pleurahöhle hineinragend. Oesophagus läßt sich leicht von der Wand des Tumors abpräparieren. In der Bauchhöhle zwischen den Blättern des Mesenteriums eine weitere, dem unteren Teil des Ileums anliegende wurstförmige Cyste. Dieselbe mündet mit einer 3 mm weiten rundlichen Oeffnung auf der mesenterialen Seite des Darmes, dessen gewulstete Schleimhaut einen leicht beweglichen klappenartigen Deckel bildet. Cyste besteht aus verschiedenen Abteilungen, die durch ringförmige Verengerungen getrennt sind. Das obere geschwollene Ende des Divertikels enthält eine völlig abgeschlossene bohnengroße Cyste. An der Wand der letzteren keine Lieberkühnschen Drüsen, Innenfläche zeigt cilientragende Cylinderzellen. Im übrigen hatte die Wand der Cysten Darmwandstructur.

Runkel: Über cystische Dottergangsgeschwülste (Enterokystome, Roth) Dissertation, Marburg 1897: I. Cystisch dilatiertes Divertikel am Darm eines Kindes.

Präparat: 25 cm langes Darmstück, erscheint an einem Ende dicker als an dem anderen und nimmt in einer Ent-

fernung von 6 cm von dem oberen abgeschnittenen Ende kugelförmig an Umfang zu. Am anderen Ende beginnt die Erweiterung des Darmumfanges etwa 7 cm von demselben entfernt. Diese Erweiterung des Darmabschnittes setzt sich nach einer Seite hin in einen stumpf kegelförmigen, mit der Spitze nach oben gerichteten, etwa 5 cm prominierenden divertikelartigen Vorsprung fort. Die Darmwand wölbt sich an der Insertionsstelle der Cyste convex nach innen vor und hat wahrscheinlich, was auch die Erweiterung des Darmes vermuten läßt, das Lumen fast völlig verschlossen.

II. Schlauchförmiges Enterokystom und kleine abgeschnürte Darmcyste bei einem Kinde von 8 Wochen.

Es war intra vitam die Diagnose Hydronephrose gestellt. Das Kind zeigte gleich bei der Geburt erhebliche Anschwellung des Unterleibes. Stuhl nur auf entsprechende Mittel. Häufig Erbrechen grünlichgelblicher Massen. Sektion ergibt: umfangreiche Cyste im Zusammenhang mit dem Ileum und Mesenterium. Darm in einer Länge von ca. 10 cm mit der Vorderfläche der Cyste verwachsen, durchgängig. Unteres Ende der Cyste frei nach abwärts hängend, überragt die Mesenterialinsertion um 6 cm nach unten. Keine Kommunikation mit dem Darm. Ferner an derselben Leiche kleiner, cystischer Tumor, der durch bindegewebige 5 cm langen Strang unmittelbar an der Hinterwand des Duodenums dicht an der Radix Mesenterii fixiert ist.

III. Völlig abgeschnürtes Meckelsches Divertikel bei einem totgeborenen Kinde.

Weibliches Kind, vor der Geburt gestorben. Sektion: (Geh. Rat Prof. Dr. Marchand) Syphilis congenita. Darmbefund: 20 cm aufwärts von der Valv. Bauh. sitzt neben dem Mesenterial-Ansatz kleiner divertikelartiger Anhang, der eine posthornartige Form hat. Mit der Spitze berührt der

Fortsatz die Darmwand und ist durch eine Duplikatur der Darmserosa wie von einem winzigen Mesenterium in gekrümmter Lage fixiert. Darmlumen im Bereich des Cystenursprunges etwas erweitert. Keine Communication mit dem Darm.

Rogers: Cystic tumour attached to the small intestine: twisting of the gut; obstruction of the bowels; peritonitis. Brit. med. Journ. I. London 1857.

23jährige Frau Koliken, Anzeichen von Darmverschluß. Sektion: Volvulus des untern Ileums. Dicht oberhalb des Coecums gelegene Cyste. Wand derselben bindegewebig.

Seligmann: Ueber einen Fall von congenitaler Cystenbildung im Dünndarm. Jahrb. der Hamburger Stdt. Krankenanstalt 1890. Bd. II.

Dreivierteljähriger Knabe, der an Pneumonie gestorben. 6 cm oberhalb der Klappe fand sich eine pflaumengroße Cyste in der Darmwand gelegen. Darmwandstructur.

Sprengel: Eine angeborene Cyste der Darmwand als Ursache der Invagination. Arch. f. klin. Chir. Bd. 61 desgl. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 1900.

15jähriges Mädchen, das seit dem vierten Jahre an periodischen Schmerzanfällen im Unterleib litt. Diagnose: Tuberkulöse Peritonitis. Laparotomie: an der Valv. Bauh. an der mesenterialen Seite des Darmes cystischer Tumor (3 cm) der mit dem Darm communicierte und Invagination veranlaßt hatte. Darmschleimhaut.

Tiedemann: Anatomie der kopflosen Mißgeburten, 1813, (ct. n. Roth).

Tiedemann publiziert einen Fall von einem mißgebildeten weiblichen Foetus, der einen welschnußgroßen Nabelschnurbruch aufwies, in welchem eine birnförmige kleine Cyste

lag, deren Stiel mit einem in dem Bruchstücke liegenden Darmstücke communicierte.

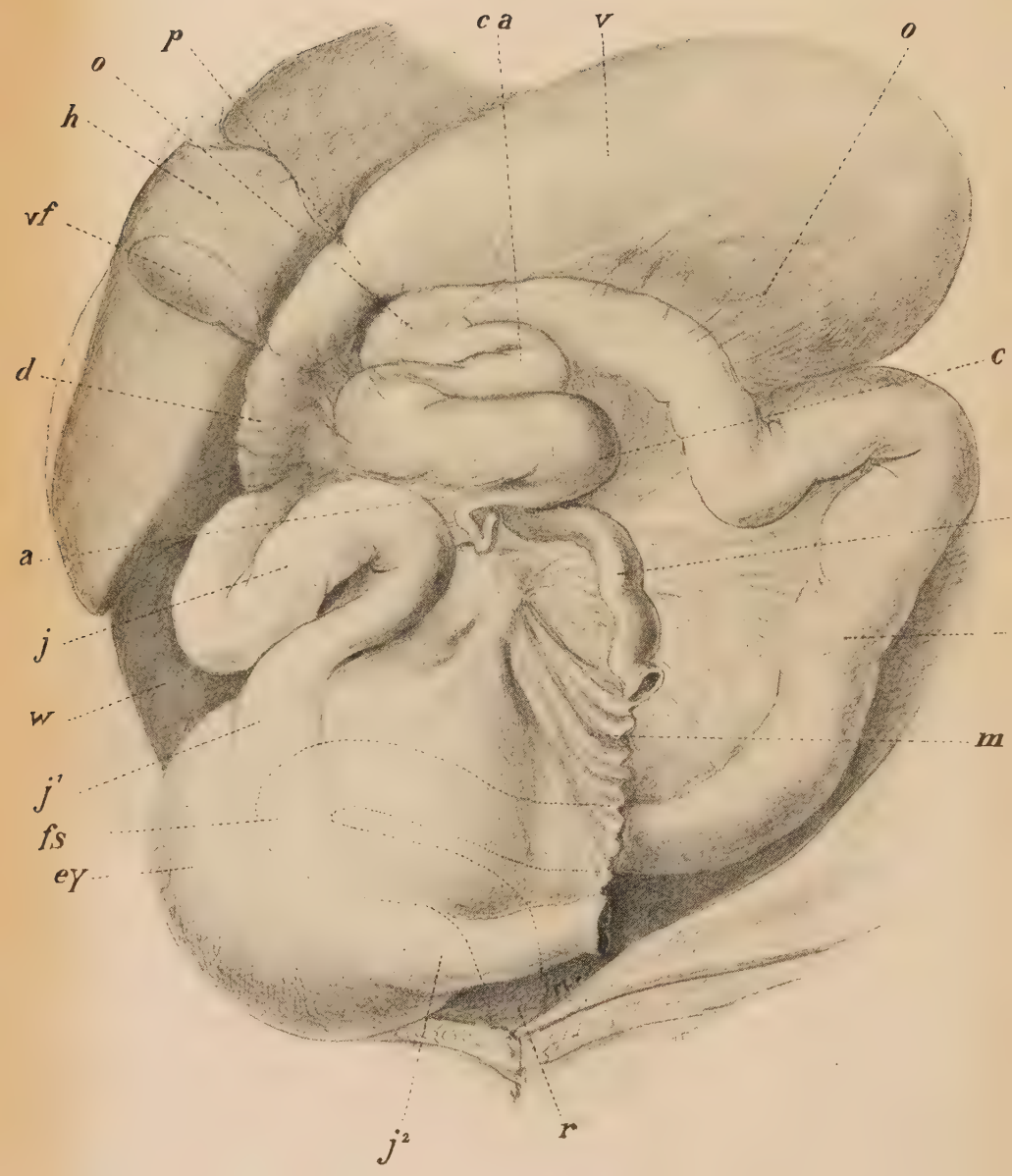
Terrier et Lecène: Un nouveau cas de kyste intestinal. Rev. de chir. Bd. 24 1904 (cit. nach Colmers).

33jähr. Frau. Vergrößerung des Leibes seit einem Jahr begleitet von Schmerzen und Verdauungsbeschwerden. 10 l Ascites entleert durch Punktion. Nach 14 Tagen derselbe Umfang des Abdomens. Operation: Entleerung von Ascites. Exstirpation einer faustgroßen intramesenterial hinter dem Coecum gelegenen Cyste. An der Innenwand derselben polypöse Wucherungen von adenomatösem Bau. Drüsen den Lieberkühnschen ähnlich, bindegewebige Wand entzündet.

Tscherning: cit. nach Runkel.

6 Tage nach der Geburt gestorbenes Kind, das beständig erbrochen hatte. Plötzlicher Tod. Sektion: Darm mäßig ausgedehnt bis 31 cm oberhalb der Valv. Bauh. Hier Verlagerung des Lumens, verursacht durch Kompression seitens einer 5 cm im Durchschnitt messenden unregelmäßig kugelig gestalteten Cyste, die überall vom Peritoneum überzogen war und an Darm und Mesenterium durch lockeres Bindegewebe angeheftet war. Um die Anfangsstelle waren einige Darmschlingen geführt. Keine Communication mit dem Darm.

Zum Schluß gestatte ich mir, dem hochverehrten Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Marchand für Ueberlassung des Materials und freundliche Unterstützung bei der Arbeit, sowie für die liebenswürdige Anfertigung der Zeichnungen meinen wärmsten Dank auszusprechen.


p
o
h
vf
d
a
j
w
j'
fs
ey
c a
v
o
c
m
r
j²

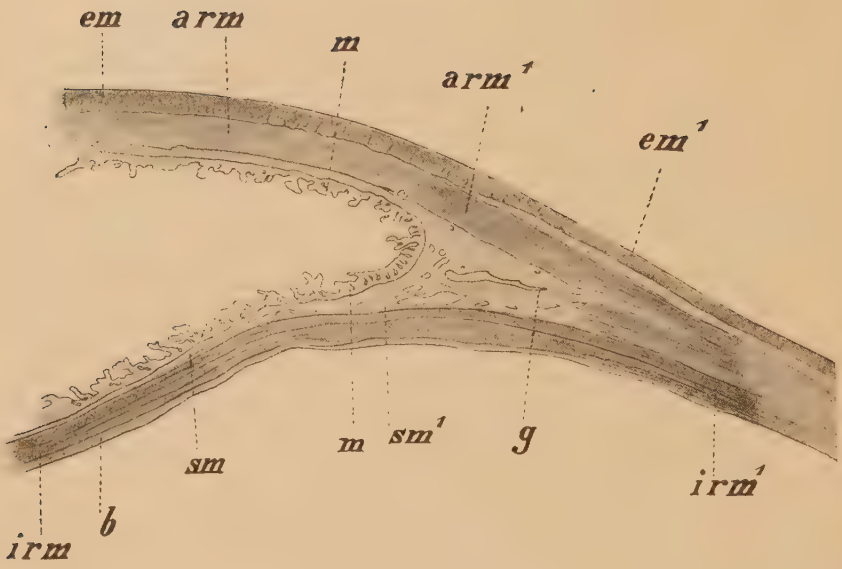
Erklärung der Abbildung.

Die Bauchorgane etwas auseinandergelegt, die Cyste nach rechts gelagert, wie sie ursprünglich lag. Das Duodenum (*d*) ist aus der Tiefe hervorgezogen dargestellt, da es in der natürlichen Lage ganz verdeckt ist. Der größte Teil des Dünndarms ist mit einem Teil seines Mesenteriums entfernt gedacht, die Lage der Flexura sigmoidea hinter der Cyste durch eine Punktlinie angedeutet. Der Abstand zwischen unterm Rand der Leber und der Symphyse ist etwas vergrößert.

v Magen, *p* Pylorus, *d* Duodenum, *o* Omentum majus, zwischen Magen und Duodenum, Colon ascendens und transversum (zum Teil zerrissen), *j* obere Windung des Jejunums. j^1 am Uebergang auf die Cyste, j^2 Ablösung des Jejunum vom unteren Umfang der Cyste *cy*.

i Unterer Teil des Ileum, *m* Mesenterium, Coecum und Prozessus vermiformis.

c a Colon ascendens, *c d* Colon descendens, *f s* Flexura sigmoidea, *r* Rectum.



Durchschnitt der Cystenwand am Uebergang zum Darm, schwach vergrößert.

lm Längsmuskelschichte am Darm im Querschnitt. *lm*¹ dieselbe am Uebergang auf die Cystenwand.

arm Aeußere Ringmuskelschicht (am Darm) *arm*¹, dieselbe am Uebergang auf die Cystenwand.

irm Innere Ringmuskelschicht, *irm*¹ dieselbe an der Cystenwand.

sm Submucosa; *sm*¹ Verbreiterung derselben am Rande der Darmwand nit zahlreichen Gefäßen *g*.

m Mucosa, durch die Muscularis mucosae begrenzt.

Curriculum vitae.

Am 28. Dezember 1876 wurde ich als Tochter des verstorbenen Lloydkapitäns Eberhard Leuss und dessen Frau Ettina geb. Fokem in Geestemünde geboren. Ich absolvierte die dortige höhere Mädchenschule und begann im Jahre 1899 meine Vorbereitungsstudien für die Universität und mein Medizin-Studium in Zürich. 1902, nachdem ich nach Deutschland zurückgekehrt war, bestand ich nachträglich die Reifeprüfung an dem humanistischen Gymnasium in Hannov. Münden und in demselben Jahre mein Physicum in Freiburg i. Br. Nach weiteren Studien in München, Bonn und Freiburg bestand ich im Juli 1906 das ärztliche Staatsexamen. Vom praktischen Jahr wurden mir nach langem Kranksein 7 Monate erlassen, ich erhielt die Approbation im März 1908.